

---

# EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die zuvor ausgeführten Informationen zur Kenntnis genommen habe.

Ich habe diese Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht. Des Weiteren werde ich mich auf meine eigene Verantwortung behandeln lassen, da ich im Vorfeld über mögliche Risiken im Zusammenhang mit der Behandlung ausführlich informiert wurde.

Ebenso bestätige ich, dass ich alle Punkte der Ausführungen zur Behandlung sowie Erklärung dazu vollständig gelesen und verstanden habe. Es ist mir bewusst, **dass ein Mangel an Zusammenarbeit den Behandlungserfolg mindern kann.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die zuvor ausgeführten Informationen zur Kenntnis genommen habe.

**ACHTUNG SEHR WICHTIG!!!!!!**

**MINDESTENS 6 WOCHEN VOR DER BEHANDLUNG SOLLTEN DIE HAARE NICHT GEZUPFT, EPELIERT ODER GEWACHST WERDEN.**

**ACHTUNG! MINDESTENS 3 BIS 4 WOCHEN VOR UND NACH DER BEHANDLUNG MÜSSEN STÄRKERE SONNENBÄDER ODER SOLARIUMBESUCHE VERMIEDEN WERDEN.**

Datum

Unterschrift

---